



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL
DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

**EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON PENSAMIENTOS SUICIDAS Y SU
INFLUENCIA EN LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN UN PACIENTE
DE 30 AÑOS DE EDAD.**

AUTOR:

ABEL LEONARDO LOPEZ ALMEIDA.

TUTORA:

PISC. FANNY RAQUEL LOPEZ TOBAR, MGS.

BABAHOYO – AGOSTO / 2019

RESUMEN

En el presente proyecto investigativo se desarrolla un estudio de caso, en el que se plantea la propuesta de un plan psicoterapéutico, el cual se encuentra orientado bajo técnicas cognitivo conductuales, desarrolladas para la intervención terapéutica de un paciente de 30 años de edad, el mismo que a través de un proceso psicodiagnóstico, fue diagnosticado con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, influenciado por las precarias relaciones intrafamiliares.

En el desarrollo del estudio de caso, también se encontrarán descritos signos y síntomas manifestados por el paciente y su malestar clínicamente significativo, este también describe la importancia del apoyo familiar en el tratamiento del paciente, además de fundamentos teóricos, describe de manera detallada la intervención y técnicas utilizadas, por otra parte, se aporta desde el punto de un vista experto, con una propuesta que busca ser integradora y eficaz, en la solución de aquellas situaciones similares.

Palabras claves: depresión, suicidio, familia, síntomas, relaciones y estado de ánimo.

ABSTRACT

In this research project a case study is developed, in which the proposal of a psychotherapeutic plan is proposed, which is oriented under cognitive behavioral techniques, developed for the therapeutic intervention of a 30 years old patient, the same as through a psychodiagnostic process, he was diagnosed with a severe depressive episode without psychotic symptoms, influenced by the precarious intrafamily relations

In the development of the case study, signs and symptoms manifested by the patient and their clinically significant discomfort will also be described, This also describes the importance of family support in the treatment of the patient, describes in detail the intervention and techniques used, besides, is provided from the point of view of an expert, with a proposal that seeks to be inclusive and effective, in the solution of those similar situations

Keywords: depression, suicide, family, symptoms, relationships and mood.

INDICE

Contenido	P.
CARATULA.....	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT.....	iii
INDICE.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO	2
1. Justificación.....	2
2. Objetivo.....	3
3. Sustentos Teóricos.....	3
4. Técnicas para la recolección de información	5
5. Resultados obtenidos.....	6
6. Situaciones detectadas.....	9
7. Soluciones planteadas.	10
CONCLUSIONES	12
RECOMENDACIONES.....	13
BIBLIOGRAFIA	14
ANEXOS	16

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años La depresión se ha convertido en un trastorno mental frecuente, que afecta a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, se caracteriza por la presencia de tristeza, melancolía, disminución de interés o placer, sentimientos de culpa, inferioridad o baja de autoestima, acompañado también de trastornos del sueño o del apetito, frecuentemente sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a convertirse en crónica o recurrente y complicar sensiblemente el desempeño en el ámbito social, laboral, académico y familiar. En su forma más grave, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de fármacos, pero cuando se trata de moderado o grave se pueden necesitar fármacos y psicoterapia.

A continuación en el desarrollo del siguiente estudio de caso se permitirá establecer cómo influye la depresión en las relaciones intrafamiliares, tomándose 1 caso del Centro Integral de Promoción y Empleo de la Mujer “CIPEM” del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, por medio de una búsqueda teórica de conceptos científicos que nos permitirán corroborar nuestra problemática, empleando medios de recolección estandarizados, con la finalidad de lograr la participación activa de los familiares en el tratamiento y que los pacientes de cierta manera vayan mejorando su calidad de vida generando emociones positivas.

El siguiente proyecto de estudio de caso se encuentra orientado bajo una la línea de investigación, prevención y diagnóstico, el mismo se encuentra conformado por justificación, sustentos teóricos, técnicas aplicadas, resultados obtenidos, situaciones detectadas, soluciones planteadas, conclusiones, bibliografía y anexos.

DESARROLLO

1. Justificación

Este trabajo es relevante debido a que manifiesta la importancia de la familia durante la evaluación y el tratamiento de las personas con enfermedades mentales de cualquier índole, para obtener los datos necesarios y además analizar la estructura familiar y social donde se desenvuelve el paciente, y de esta manera constatar si dicha patología es provocada por las diferentes disfuncionalidades de la familia o el contexto social con referencia al paciente (afectivo, protección, económico, pareja), o la separación de miembros de la familia por trabajo o educación, o a su vez es producida por un malestar propio, como los sentimientos de soledad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus actividades sociales y familiares.

Ciertamente no solo es una tristeza eventual o pasajera, la depresión no se cura de la noche a la mañana o con palabras de aliento como usualmente lo intentan amigos y familiares, la depresión requiere de ayuda profesional y puede necesitar un tratamiento a largo plazo ya sea con psicoterapia, medicamentos o ambos.

Como beneficiario del siguiente estudio de caso, se tiene a 1 paciente estudiante del "CIPEM" en la ciudad de Babahoyo, en la cual se buscará crear conciencia de la importancia del apoyo familiar en el tratamiento. Si se lograra la participación activa de la familia en el proceso de psicoterapia, se podrá conseguir que el paciente mejore su calidad de vida y sus relaciones intrafamiliares se fortalezca.

Es trascendente el siguiente estudio ya que en efecto ayudará a conocer la importancia del apoyo familiar y así poder mejorar y/o controlar el estado de ánimo del paciente, es viable porque logra reunir técnicas, características e instrumentos que validaran el cumplimiento del objetivo propuesto. Este estudio de caso brinda un aporte teórico el cual podría servir como guía o referencia para casos similares. Observando las distintas falencias que se hayan en el presente caso vulnerable, tengo como menester dar a conocer a la sociedad que la depresión no es normal en la población indistintamente de su religión, clase social, raza, orientación sexual, edad etc.

2. Objetivo

Analizar el estado de ánimo depresivo de un paciente de 30 años de edad y su incidencia en las relaciones intrafamiliares mediante la evaluación psicológica para mejorar la calidad de vida del paciente

3. Sustentos Teóricos

Depresión.

Según las estimaciones de la (OMS., 2018) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, y puede llegar a hacerse crónica y dificultar el desempeño en las diferentes actividades y la capacidad para afrontar la vida diaria.

La depresión en las personas mayores suele considerarse erróneamente como un aspecto normal de dicha etapa, pero no es así, puesto que si la depresión no es diagnosticada ni tratada a tiempo, puede llegar a ocasionar un sufrimiento innecesario a la persona (anciano) que puede ser resuelto con el tratamiento apropiado, y de esta manera disfrutar de una vida satisfactoria (Can Valle , Sarabia Alcocer , & Pacheco Quijano , 2017).

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica. (Larrea, 2013)

Factores de riesgo suicidas.

Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio. (Peña Galbán, 2001)

La violencia y la discriminación son factores de riesgo para los trastornos mentales, el alcoholismo, la ideación e intento suicida en la población LGB y se eleva más el

porcentaje en las personas que intentan ocultar su orientación. Las formas y los efectos de la violencia afectan de forma diferente a cada sexo; los varones presentan mayor experiencia de victimización y homofobia internalizada; las mujeres bisexuales/lesbianas son hasta 7 veces más propensas a presentar alcoholismo y las adolescentes presentan mayor experiencia de victimización que sus pares heterosexuales. (Pineda, 2013)

Las conductas suicidas, se ha señalado que el factor de riesgo para presentar conducta suicida no está directamente relacionado con la orientación sexual sino con la discriminación percibida del entorno social en el que se desenvuelve el individuo LGB, en ese sentido el soporte social disminuye los síntomas depresivos, los problemas de conducta y funge como factor protector de la conducta suicida (R., 2015)

Familia.

“Familia” es con él en nombre con el que se conoce a entidad social, de la cual se podría decir que es igual de antigua que la humanidad, este ha ido percibiendo distintos tipos de evoluciones y transformaciones con el fin de irse adaptando al medio e ir cumpliendo las exigencias que se encuentre presentando la sociedad (Castillo, 2008)

La familia en su totalidad llega a asemejarse a una colonia animal, donde la entidad se ve compuesta por desiguales formas de vida, donde cada fracción cumple su rol, pero el todo compone a un organismo de variados sujetos, que en sí mismo pasa a ser parte de una forma de vida (Fishman, 2004, pág. 26).

La familia ha sido definida como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo, que constituye la unidad básica de la sociedad. (López, 2013)

Estado de ánimo.

Se podría definir al estado de ánimo es como una sensación de fondo la cual se encuentra persistente en el tiempo, que por lo general son muy poco percibidos, pero, existen ocasiones en las cuales estas sensaciones pueden ser intensas e intolerables, de larga duración y de menor intensidad que las emociones; aquí no se encuentra una causa identificable (Thayer, 1998)

El estado de ánimo se ve diferenciado de las emociones y los sentimientos, en que es mucho menos preciso, no se ve impulsado mediante algún estímulo o eventualidad, este es de menor intensidad y más prolongado y duradero, este presenta una gran influencia en los pensamientos y las conductas que lleva a cabo el individuo. De manera que, cuando el estado de ánimo sufre algún tipo de alteración, este que se mantienen durante un largo periodo de tiempo provoca importantes consecuencias en la vida de las personas. (Thayer, 1998)

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación o a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad, o de culpa sean importantes y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. (OMS, 1990)

Deben estar presente los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben de ser de intensidad grave sin embargo si están presente síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. (CIE-10, 2000, p.156).

El episodio depresivo debe durar normalmente no menos de dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado el diagnóstico con una duración menor a dos semanas. (CIE-10, 2000, p.156).

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con actividad laboral, social o domestica más allá de un grado muy limitado. (CIE-10, 2000, p.156).

4. Técnicas para la recolección de información

Para la elaboración del siguiente estudio de caso se han utilizado diferentes técnicas, con la finalidad de cumplir objetivo planteado, continuación se puede describir las siguientes técnicas:

Historia clínica.

Es la herramienta que nos da conocer de forma precisa el desarrollo evolutivo del paciente, la cual nos ofrece una guía precisa acerca del trastorno o problemática la cual está padeciendo o presentando el paciente, por otra parte, orienta acerca del tratamiento que se podría elaborar. Esta herramienta se utilizó con la finalidad de poder recolectar información necesaria e íntima de la paciente, para así poder lograr a un diagnóstico.

Test Psicométricos.

Estas son herramientas de medida tipificada y objetiva de una muestra de conducta, las cuales nos ayuda para evaluar cualidades psíquicas del paciente, así como rasgos de personalidad y capacidades del paciente, para el desarrollo del estudio de caso se utilizó 3 test estandarizados (Escala de ansiedad de Hamilton, Inventario de depresión de Beck, La persona bajo la lluvia), con la finalidad de analizar rasgos de la personalidad y sintomatología de la paciente, para obtener un diagnóstico diferencial.

Entrevista semiestructurada.

Se utilizó esta herramienta con el fin de lograr recolectar información específica a cerca del problema que se encontrara presentando el individuo y despejar algunas dudas que se tenían en relación al caso, se la realizo en un formato de cinco preguntas abiertas.

5. Resultados obtenidos.

El presente caso fue elaborado durante un periodo de seis sesiones psicodiagnósticas, cada sesión conto con un tiempo estimado entre 30-45 minutos aproximadamente, las cuales se mostrarán detalladas de la siguiente manera:

Primera sesión: Paciente de sexo masculino de 30 años 5 meses, nacido el 20 de diciembre de 1988, fue remitido al departamento psicológico del “CIPEM”, por parte de la promotora de la institución, ya que había solicitado él mismo ayuda. Paciente habita en la ciudad de Babahoyo, provincia de los Ríos, en las calles 9 de noviembre y Gnrl. Barahona, de estado civil soltero. En la sesión se logró recolectar datos personales y familiares del paciente, necesarios para la elaboración del caso, además de que se logró establecer rapport y se adquirió el compromiso por parte del paciente de asistir las siguientes próximas sesiones.

Segunda sesión: La siguiente consulta registró el motivo de consulta por parte del paciente en el cual manifestó “Necesito mucha ayuda, necesito de usted siento que la depresión me está volviendo, ya hace tiempo la tuve, siento que mi vida es un caos todo me va mal y para rematar hace dos años más o menos me enteré que mis padres no son mis padres soy adoptado y hace un año me separe de mi pareja debido a que mucho me golpeaba y me humillaba y abusaba por mi condición de ser gay, los problemas con mis hermanos han aumentado siento que todo es por causa de que soy un recogido y siento que estoy de más, tantas cosas que me pasan no tengo ganas de vivir no le importo a nadie es más veces pienso que lo mejor es morirme si igual no existo ni le importo a nadie, me gustaría dormir y no despertar más o no se lanzarme de un quinto piso pero soy tan cobarde que no tengo valor para hacerlo estoy solo en el mundo porque ni mi verdadera familia me quiso menos me va a querer una que sabe que soy adoptado, estoy cansado de llorar de apoco se me acaban las esperanzas ya no sé qué más hacer siento algo en la barriga como un vacío en la boca del estómago no tengo problemas para conciliar el sueño pero me despierto de madrugada y ya no puedo dormir esto está afectando en mi trabajo y no tengo ganas ni de estudiar a veces pienso que estoy cayendo en un abismo profundo”.

Tercera sesión: En esta sesión el paciente revela que cuando era niño de unos 9 o 10 años de edad el hijo de su hermana mayor de unos 15 años de edad abusó sexualmente de él, más nunca se lo dijo nadie porque el agresor le dijo q solo era un juego y que era normal paso unas dos veces más hasta que el agresor se fue a vivir a otra ciudad, entrando a la adolescencia le gustaba un compañero de estudios mas no tuvo relaciones coitales a la edad de 17 años tiene relaciones homosexuales con un hombre mayor que el por su propia voluntad, es cuando su familia empieza a sospechar de su inclinación sexual y comienza el rechazo por parte de sus hermanos y padre a esto se le suma que proviene de una familia conservadora y religiosa, en cambio su madre lo acepto tal y como es, también manifiesta que hace dos años aproximadamente se enteró que es adoptado y que ahora entiende porque es diferente y el rechazo por parte de su familia.

Cuarta sesión: En esta sesión se realizó la aplicación dos test psicométricos.

La 1ra prueba realizada al paciente fue el “Inventario de depresión de Beck” del autor Aaron T. Beck, 1996. Es un cuestionario de 21 preguntas con ítems, los cuales se puntúan del cero al tres, la aplicación del test tuvo como objetivo detectar la presencia de depresión y a su vez evaluar la gravedad de la misma.

La siguiente prueba a realizarse es el de “La persona bajo la lluvia” de las autoras Silvia Mabel Querol y María Chaves Paz, 2005. La cual es una técnica de corte proyectivo, en donde el individuo manifiesta en su acción, rasgos de su personalidad y actitud, el objetivo de la aplicación del test fue evaluar aspectos emocionales de la paciente, los cuales serían manifestados de manera inconsciente.

Quinta sesión: Se realiza una entrevista semiestructurada que consta de cinco preguntas además de la aplicación de un test.

Las 5 preguntas de la entrevista semiestructurada, fueron en relación a su entorno familiar, por lo cual, en su interpretación se podría señalar que el paciente se encuentra en un aislamiento casi total de sus familiares, además que estos muestran total desinterés por tratar de mejorar las relaciones intrafamiliares por ambas partes, el único nexo que tiene con su familia es su madre.

Se aplicó la “Escala de ansiedad de Hamilton” del autor Hamilton Anxiety Scale, 1959. El cual es un cuestionario de 14 ítems en donde 13 de estos se refieren a signos y síntomas de ansiedad que se encuentre presentando la paciente, por otra parte, el último evalúa el comportamiento que presentó la paciente durante la entrevista, se puntúa de del 0 al 4 y fue usado con el objeto de valorar la presencia e intensidad de ansiedad que se encuentre presentando el paciente.

Sexta sesión: Se logró que la madre del paciente asista a la sesión, se pudo debatir acerca de la necesidad de mejorar las relaciones intrafamiliares del paciente con el resto de miembros de la familia, ya que la falta de un apoyo familiar le causa un malestar psicológico como físico al paciente el cual hace que se convierta esta situación en un círculo vicioso ya que el estar aislado de la familia causa en él un severo episodio depresivo lo cual hace que quiera estar solo y tenga sentimientos de invalidez y no cree ser digno de estar con su familia, esto sumado a la falta de comunicación y conocimiento con el resto de familiares sobre su orientación sexual aumenta la distancia entre ambas partes.

Mediante las técnicas de recopilación aplicadas se logró obtener datos los cuales permitieron analizar las alteraciones de tipo emocional y conductual, las cuales se encuentran presentando la paciente, lo cual se encuentra prescrito en el resumen sindrómico, permitiendo elaborar el diagnóstico diferencial, para luego poder obtener el diagnóstico estructural.

6. Situaciones detectadas.

Las siguientes situaciones fueron detectadas durante el registro de información:

Paciente de 30 años de edad, estudiante del Centro Integral de Promoción y Empleo de la Mujer del cantón Babahoyo, se mostraba siempre cabizbajo, manos sudorosas y la mayor parte del tiempo juntas, su mirada era esquiva y triste, insomnio, voz baja y entrecortada, sus pies se encontraban en constante movimiento.

Mediante la aplicación de diversas pruebas psicométricas realizadas, como el inventario de depresión de Beck, se pudo evidenciar que el paciente de 30 años de edad mostro como resultado una puntuación de 37 puntos el cual muestra que la paciente se encontraba presentado una depresión severa, según este test, la cual el paciente manifestaba que era por motivo que se sentía solo en el mundo. Por consiguiente, en el siguiente test aplicado con la escala de ansiedad de Hamilton, se logró evaluar la presencia y el grado de ansiedad que se encontraba presentando el paciente el mismo que dio como resultado un puntaje de 25 puntos, los mismos equivalen a que el paciente se encuentra presentando una ansiedad clínicamente significativa.

Dentro de la interpretación de la persona bajo la lluvia, El paciente se encuentra ubicado en tiempo y espacio, con un equilibrio entre lo introvertido y extrovertido, además de estar ajustada a la realidad. Muestra tensión y ansiedad, a pesar de tener equilibrio y adaptación, mantiene dificultad para tomar decisiones y realizar nuevas tareas. Muestra despersonalización con problemas de tensión, falta de decisión, coordinación y tendencias de ideas paranoides u obsesivas. Muestra resolver sus conflictos por medios de mecanismos compulsivos, sentimiento de culpa, desaliento con falta de ilusión, tristeza e inseguridad.

Por otra parte, en la aplicación de la entrevista semiestructurada, se le realizaron al paciente 5 preguntas en donde el contestaría según su vivencia o situación que se encuentre presentando, pudiendo constar de esta que el a menudo se siente solo y en total abandono, también deprimido debido a la poca relación que mantiene con su familia y el desinterés de su familia hacia él y su condición, evidenciando en esta entrevista que el desinterés que muestran sus familiares para con el paciente hacen que ella se muestre desanimado a continuar con las actividades que realizaba a diario o frecuentemente, también se percibió que el paciente le gustaría acercarse a su familia para mejorar las relaciones con todos sus miembros.

A esto se le suma la orientación sexual del paciente la cual ha provocado un disgusto en algunos miembros de su familia y a contribuido a la ruptura o separación con familiar, no obstante, su madre acepta a su hijo tal y como es y es la mediadora entre el, su padre y hermanos.

Se puede acotar que el paciente presenta falta de afectividad por parte los integrantes de su familia y que esto se ve influenciado en el estado de anímico depresivo del paciente y en su falta de compromiso y voluntad para seguir con su vida cotidiana y normalizar sus actividades que solía hacer.

Según el resumen sindrómico y las técnicas desarrolladas en el proceso psicodiagnóstico se pudo evidenciar que el paciente presenta F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (según CIE-10)

7. Soluciones planteadas.

En cuanto a la problemática detectada en el desarrollo del estudio de caso, se consiguen trazar posibles soluciones que logren optimizar la calidad de vida, ambiente y relaciones familiares del paciente, de acuerdo con la información pre-escrita en el desarrollo del estudio de caso, se diseñó el subsiguiente plan terapéutico de corte cognitivo-conductual, el cual el paciente se encuentra dispuesto a colaborar y cumplir con cada una de las metas y objetivos trazados. A continuación, se presentan las metas del plan terapéutico:

Metas generales y estructurales.

A: Menguar pensamientos disfuncionales.

Esta meta se logrará mediante el debate socrático y autorevelador con el paciente con el fin de replantear sus pensamientos y creencias irracionales, sometiéndolos a prueba y, a un nuevo juicio de valor, acompañado de una terapia de resolución de problemas la cual ayudará a la manera de afrontar situaciones estresantes.

Se realizó en 2 sesión de 45 minutos, las cuales se llevaron a cabo el 04/12/18 y 18/12/18 en la cual se contó con la cooperación del paciente, teniendo como respuesta la reestructuración del pensamiento, de manera que aquellos pensamientos disfuncionales que estaban causando malestar en el paciente se logró reestructurarlos, de manera que, si el

paciente creía que estaba solo en el mundo y que por el hecho de ser adoptado sus padres no lo querían, ahora piensa “no serán mis padres biológicos, pero los amo y me aman como si lo fueran”.

B: Reducción de ansiedad y síntomas somáticos.

Esta meta se llevó a cabo en 2 sesiones de 45 minutos, las cuales se llevaron a cabo el 11/12/18 y 08/01/19 con 2 diferentes técnicas de relajación una asistida y la otra progresiva.

En la relajación progresiva el paciente se recuesta en el sillón y a continuación se empieza a relajar las partes del cuerpo en orden desde la cabeza a los pies, una vez terminado se vuelve a repasar mentalmente las partes del cuerpo ya relajadas en el mismo orden que se lo hizo desde el inicio y finalmente se relaja a la mente haciendo que el paciente visualice un lugar donde puede ser feliz o este en paz.

En la relajación asistida, al paciente se le va guiando por ligares y mementos felices de su vida puede ser acompañado de música o sonidos de naturaleza, con estas terapias de relajación se logró reducir considerablemente los niveles de ansiedad y los síntomas somáticos como sudoración, retorcijones estomacales, cefaleas y los temblores de pies y manos.

C: Reforzamiento positivo.

Esta meta se llevó a cabo en 2 sesiones de 45 minutos, las cuales se llevaron a cabo el 02/01/19 y 15/01/19, en esta se utilizó la terapia de solución de problemas, esta ofrece al paciente un visón muy positiva y dinámica de ver el mundo, la cual crea capacidades de innovar, crecer y evolucionar a partir de enmendar nuestros errores, con esta terapia el paciente aprende a afrontar con una nueva forma de ver a los problemas que se presentan día a día, por otra parte el reforzamiento positivo ayuda a reafirmar las conductas nuevas positivas del paciente en esta la madre cumple un roll muy importante, ya que acompañando a su hijo a las terapias y fomentando la reintegración familiar ayuda al paciente a ver de una manera más objetiva su proceso de rehabilitación.

CONCLUSIONES

Se puede concluir por medio del desarrollo de estudio de caso que la sintomatología que presenta un paciente con episodios depresivo grave sin síntomas psicóticos pueden afectar a las relaciones intrafamiliares ya sea por desconocimientos de los síntomas de este trastorno, tanto de la familia como del paciente que lo padece, el aislamiento, la pérdida de interés en actividades que antes le causaban placer y los sentimientos negativos que genera, desmejorando su calidad de vida, por lo cual es importante una intervención psicológica a tiempo.

Es muy importante reconocer que existe casos en las cuales la depresión suele ser fácilmente confundida con una tristeza normal o pasajera de esta fase, es decir, la patología se enmascara bajo cualquier tipo de situaciones, puesto que se puede aludir a problemas laborales académicos o sentimentales, por lo que con frecuencia la depresión en la persona no es diagnosticada, ocasionando sufrimiento y cierto tipo de discapacidad en quien la padece, y más aún si estos no cuentan con la debida estabilidad, comunicación y apoyo familiar.

Por medio de la recolección de datos como la historia clínica, entrevista semiestructurada, nos ayudaron a evaluar signos y síntomas que se encontraba presentando el paciente, así que, en la aplicación de test, se lograron obtener datos más específicos, los cuales nos ayudaron a la construcción de nuestro diagnostico estructural F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (según CIE-10), esto debido a la total ausencia de relaciones con su familia nuclear.

En este caso, las interacciones familiares eran nulas, ya que el paciente se alejó de su núcleo familiar por enterarse que era adoptado y a esto sumado su inclinación sexual, además, se pudo establecer un esquema terapéutico, con técnicas cognitivo conductuales, con el fin de reducir la sintomatología que estaban causando malestar en el paciente.

RECOMENDACIONES

Se sugiere la derivación del paciente a un psiquiatra para contar con la ayuda de medicación, conformando un equipo multidisciplinario, además de la creación de charlas, talleres o conferencias en el Centro Integral de Promoción y Empleo de la Mujer destinadas a estudiantes, familiares y público en general impartidas por el departamento Psicológico del “CIPEM”, para concientizar el importante rol que cumple la familia en el estado de ánimo y la recuperación del paciente.

Por otro lado, se sugiere al paciente que practique ejercicio de manera frecuente para oxigenación del cerebro, reducción del estrés, tensión, disminuya la depresión todo esto mejorara la conciliación del sueño lo cual es importante para mantener un estado de ánimo equilibrado, también se recomienda

Es recomendable también llevar un diario donde se anotará cómo se siente ese día y que pensamiento le causa malestar, éste registro en el cual aparte de que servirá de retroalimentación al paciente se podrá evaluar y llevar el control de mejoras o recaídas en el paciente.

Finalmente se sugiere que el paciente busque actividades relajantes como yoga, caminatas por el parque, escuchar música o ver programas favoritos, pero siempre que estén orientados a la comedia, evitar música, programas o actividades que puedan afectar su estado de ánimo como películas de drama o música melancólica.

BIBLIOGRAFIA

- (Peña Galbán, L. Y. (2001). Comportamiento del intento suicida en grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 182-187.
- Armentia, E. M. (2015). *Helfen, cuidado de salud*. Recuperado el 30 de julio de 2018, de <http://www.helfensalud.com/noticias/la-importancia-de-la-familia-en-la-atencion-a-enfermos-terminales>
- Can Valle , A., Sarabia Alcocer , B., & Pacheco Quijano , L. (2017). Depresion en mujeres adultas mayores y su afrontamiento. *Revista Iberoamerica de las Ciencias de la Salud*, 1-12.
- Castillo. (2008). Orgines de la humanidad. *Revista familia y Sociedad*, 14.
- Fishman, S. M. (2004). *Tecnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Larrea, S. (2013). Guia Clinica Depresion. En S. Larrea, *Guia Clinica Depresion en personas de 15 años y mas* (pág. 12).
- López, P. G. (11 de febrero de 2013). *Relaciones intrafamiliares en madres e hijos*. Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/relaciones-intrafamiliares-madres-hijos>
- Moya Ruiz, M. A. (2017). *Scielo*. Obtenido de enfermeria nefrologica: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100007&lng=es&tlng=es.
- OMS. (1990). Episodio depresivo grave sin sintomas psicoticos. En O. M. SALUD, *CIE-10* (pág. 156).
- OMS. (2018). *Depresion*. Organizacion Mundial de la Salud <http://www.who.int/topics/depression/es/> [consultado el 30 de agosto de 2017].
- Pineda, C. (23 de julio de 2013). *Revista Colombiana de Psiquiatria*. Obtenido de Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como

lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura:

[https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745013700301)

[S0034745013700301](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745013700301)

R., Q. (25 de febrero de 2015). *Masculinidades y cambio social*. Obtenido de Proceso de

Aceptación de la Homosexualidad y la Homofobia: <http://mcs.hipatiapress.com>

Thayer. (1998). Trastornos del estado de ánimo. *Revista American Psychologist*, 23.

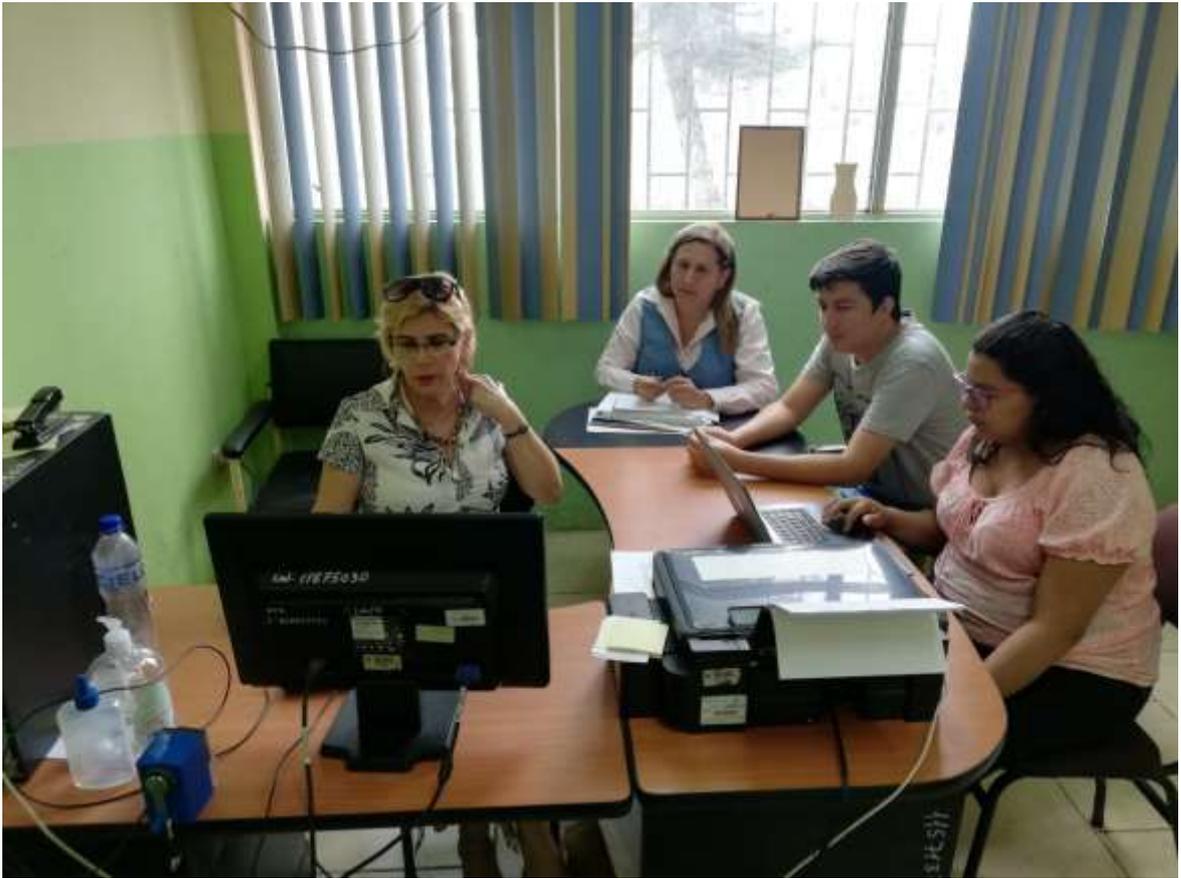
ANEXOS

**ANEXO NO. 1. ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN LAS
INSTALACIONES DEL “CIPEM”**



Entrevista clínica con la paciente, (Motivo de consulta).

**ANEXO NO. 2. TUTORÍAS EN LA OFICINA DE LA DOCENTE
TUTURA EN LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO.**



Revisión y corrección de actividades enviadas para el cumplimiento del formato del estudio de caso, a cargo de la PISC. FANNY RAQUEL LOPEZ TOBAR, MGS.

ANEXO 3. HISTORIA CLÍNICA.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRACTICAS PRE-PROFESIONALES

PERIODO DE EVALUACIÓN: _____

HISTORIA CLÍNICA

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: _____

EDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

INSTRUCCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

REMITENTE: _____

2- MOTIVO DE CONSULTA:

MANIFIESTO

LATENTE:

3- SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

4-IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

5-TOPOLOGÍA FAMILIAR:

6-TOPOGRAFÍA HABITACIONAL:

7-ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:

8-HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS

AFECTIVIDAD:

PARTO:

LACTANCIA:

MARCHA:

LENGUAJE:

CRISIS VITALES:

CRISIS EXISTENCIALES:

9-ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)

10-ADAPATACIÓN ESCOLAR:

11-RELACIONES INTERPERSONALES:

12-ADAPTACIÓN SOCIAL:

13-JUEGOS:

14-CONDUCTA SEXUAL:

15-ACTIVIDAD ONÍRICA:

16-HECHOS TRAUMATIZANTES:

17-ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

18-APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES:

19-CONDUCTA SEXUAL:

20-ACTIVIDAD ONÍRICA:

21-ADAPTACIÓN SOCIAL:

22-ADAPTACIÓN FAMILIAR:

23-RELACIONES INTRAFAMILIARES:

24-ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

25-PENSAMIENTO:

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

CURSO DEL PENSAMIENTO:

26-LENGUAJE:

27-PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:

28-DIAGNÓSTICOS:

FENOMÉNICO:

DINÁMICO:

DIFERENCIAL:

ESTRUCTURAL:

29-PRONÓSTICO:

30-TERAPIA:

31-ESQUEMA TERAPÉUTICO

ANEXO 4. TEST PROYECTIVO LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Nombre: Test de la persona bajo la lluvia

Autor: Querol y Chaves

Año: 2005

Tipo de aplicación: Individual

Descripción; El test consiste en dibujar una persona bajo la lluvia y contar su historia, y lo que se busca es obtener información sobre tu personalidad a través de la imagen del individuo bajo condiciones desagradables.

Consigna:

La consigna es clara y sencilla: “Dibuje una persona bajo la lluvia”. Los pacientes pueden hacer preguntas muy diversas antes de lanzarse a dibujar, desde dónde lo dibuja, si le tiene que poner un paraguas, si le hace un paisaje... En estas cuestiones, el psicólogo no debe adentrarse pues estaríamos dirigiéndole en lugar de dejar que se exprese, así que le instamos a que lo haga como desee.

Al igual que en otros test gráficos, el psicólogo debe de tomar nota de los comentarios que el paciente realice mientras dibuja, si lo hace rápidamente o se toma su tiempo, todo aquello que resulte llamativo para después estudiarlo e interpretarlo.

ANEXO 5. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre original: inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)

Autor: Aaron T. Beck

Año: 1961

Tipo de aplicación: individual, auto administrado.

Descripción: Es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual)

Reactivo.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: **Estado Civil** **Edad:**

Sexo Ocupación **Educación:** **Fecha:**

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1).

0. No me siento triste
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1. Me siento desanimado respecto al futuro.
2. Siento que no tengo que esperar nada.
3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

0. No me siento fracasado.

1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 3. Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4).
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5).
0. No me siento especialmente culpable.
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 3. Me siento culpable constantemente.
- 6).
0. No creo que esté siendo castigado.
 1. Me siento como si fuese a ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.
- 7).
0. No estoy decepcionado de mí mismo.
 1. Estoy decepcionado de mí mismo.
 2. Me da vergüenza de mí mismo.
 3. Me detesto.
- 8).
0. No me considero peor que cualquier otro.
 1. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9).
0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 2. Desearía suicidarme.
 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10).
0. No lloro más de lo que solía llorar.
 1. Ahora lloro más que antes.
 2. Lloro continuamente.
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11).
0. No estoy más irritado de lo normal en mí.

1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3. He perdido todo el interés por los demás.

13).

0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3. No puedo hacer nada en absoluto.

16).

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
4. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más fácilmente que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19).

- 0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1. He perdido más de 2 kilos y medio.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- 0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- 0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- 1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Puntaj

ANEXO 6. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: Escala De Ansiedad De Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale
(HDRS)

Autor: Max Hamilton

Año: 1959

Tipo de aplicación: Individual.

Descripción: Es un cuestionario psicológico, para calificar la severidad de la ansiedad de un paciente. El propósito de ésta escala, sólo para ansiedades severas, ó tratadas incorrectamente. La escala consiste de 14 ítems, diseñados para evaluar la severidad de la ansiedad de un paciente. Cada uno de los 14 ítems, contiene un número de síntomas, y cada grupo de síntomas, está calificado en una escala de cero a cuatro, con cuatro siendo el más severo. Todas estas puntuaciones, son usadas para computar una puntuación general, que indica la severidad de la ansiedad de la persona.

Reactivo.

Escala de Ansiedad De Hamilton

Nombre:

Edad:

Unidad/centro:

Fecha:

No. De Historia

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERAD O	GRAVE	MUY GRAVE INCAPACIT ANTE
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio.	0	1	2	3	4

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4

9. Síntomas cardiovasculares.	0	1	2	3	4
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</p> <p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					

Ansiedad Psíquica	
Ansiedad Somática	
Puntuación Total	

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE PREGUNTAS SEMIESTRUCTURADAS.

Entrevista semiestructurada

Paciente:

Edad:

Fecha:

1. ¿Qué sentiste cuando te diagnosticaron con depresión la primera vez?
2. ¿Con que frecuencia se siente solo y deprimido?
3. ¿Crees que estar solo es lo mejor para ti o tu familia?
4. ¿Con que frecuencia te visita o visitas a tu familia?
5. ¿Te sientes solo o abandonado?